Załącznik nr 1

do Regulaminu Nagrody dla Najlepszego Doktoranta

Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

**Formularz zgłoszenia do** **Nagrody dla Najlepszego Doktoranta**

**Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

Zgłaszający: ……………………………………………………………………………………………...

Imię i nazwisko Kandydata do Nagrody: ………………………………………………………………..

1. Zestawienie aktywności organizacyjnych Kandydata w roku akademickim …………………….. na rzecz SDNMiNoZ lub UJ lub innych.

…………………………………………………………………..………………………………………..………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..………………………………………………………..…………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………..………………………..…………………………………………………………………..………………

1. Wykaz publikacji Kandydata w roku akademickim ……………………………….(od 1 października do 30 września). Konieczne dołączenie kopii wymienionych publikacji. Pod uwagę będą brane wyłącznie prace, w których wskazana jest afiliacja UJ CM.

…………………………………………………………………..………………………………………...…………………………..…………………………………………………………………..…………...………………………………………………………..…………………………………………………..………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………..…………………………………….……………………………..…………………………………………………………………..………...

1. Zestawienie pozostałych aktywności naukowych Kandydata w roku akademickim…………………

…………………………………………………………………..………………………………………..…………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..……………………………………………………..……………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………..………………………………………..

…………………………………………………………………..

*Data i podpis Zgłaszającego*

Załącznik nr 2

do Regulaminu Nagrody dla Najlepszego Doktoranta

Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

**Zgoda Kandydata do Nagrody dla Najlepszego Doktoranta**

**Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

Imię i nazwisko Kandydata do Nagrody: …………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na zgłoszenie do Nagrody dla Najlepszego Doktoranta Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Nagrody dla Najlepszego Doktoranta Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu.

…………………………………………………………………..

*Miejscowość, data i podpis Kandydata*